

Rauh, Carla

Diss. Mainz

1987

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Poliklinik für Kieferorthopädie
der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Der Einfluß des elterlichen Erziehungsstils
auf die Motivation zur Mitarbeit bei der kiefer-
orthopädischen Behandlung

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

Verfasserin: von Carla Rauh
aus Kronach
1. Gutachter: Professor Dr. H.-G. SENGEL
2. Gutachter: Professor Dr. A. FESCHER

Tag der Promotion: 23. Mai 1987

Mainz, 1987

Dekan : Professor Dr. M. THELEN

1. Gutachter : Professor Dr. H.-G. SERGL

2. Gutachter : Professor Dr. A. FESSELER

Tag der Promotion : 22. JULI 1987

INHALTSVERZEICHNIS

1	BELEHRUNG.....	Seite 2
2	LITERATURREVIEW.....	3
2.1	STILTHEORIEN.....	5
2.1.1	DEFINITION NACH WOLFF.....	5
2.1.2	DEFINITION NACH GELFAND.....	6
2.1.3	CHARAKTER DER STILTHEORIE NACH SPRINGER.....	6
2.1.4	STILTHEORIE NACH GELFAND.....	7
2.1.5	STILTHEORIE NACH WOLFF.....	11
2.2	MOTIVATION.....	15
2.2.1	MOTIVATION NACH GELFAND.....	15
2.2.2	MOTIVATION NACH WOLFF.....	16
2.2.3	MOTIVATION NACH SPRINGER.....	21
2.3	MOTIVATION NACH GELFAND.....	23
2.3.1	PERSONALITÄTSFAKTOREN.....	23
2.3.2	BEHANDLUNGSAKTEN UND BEHANDLUNGSAKTEN.....	26
2.3.3	GRUNDGESETZLICHE.....	30
2.3.4	FAMILIÄRE SITUATION.....	31
3	BELEHRUNG UNTERSUCHUNGEN.....	34
3.1	BELEHRUNG NACH SPRINGER.....	34

GLIEDERUNG

1	EINLEITUNG.....	Seite 3
2	LITERATURÜBERBLICK.....	5
2.1	ERZIEHUNGSSTILE.....	5
2.1.1	DEFINITION NACH WEBER.....	5
2.1.2	DEFINITION NACH DOLCH.....	5
2.1.3	GRUNDSTILE DER ERZIEHUNG NACH SPRANGER.....	6
2.1.4	ERZIEHUNGSSTILANALYSEN NACH RUPPERT.....	7
2.1.5	SCHICHTENSPEZIFISCHE ERZIEHUNGS- STILE NACH WEBER.....	11
2.2	MOTIVATION.....	16
2.2.1	ALLGEMEINE DEFINITION.....	16
2.2.2	MOTIVATION ZUR MUNDHYGIENE.....	18
2.2.3	MOTIVATION ZUR KIEFER- ORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG.....	21
2.3	MITARBEITSDETERMINANTEN.....	23
2.3.1	PERSÖNLICHKEITSAKTOREN.....	23
2.3.2	BEHANDLUNGSALTER UND BEHANDLUNGSDAUER.....	26
2.3.3	GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE.....	30
2.3.4	FAMILIÄRE SITUATION.....	31
3	EIGENE UNTERSUCHUNGEN.....	34
3.1	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	34

3.2	BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHUNGS- VERFAHRENS.....	36
3.2.1	THEORETISCHE GRUNDLAGEN.....	36
3.2.2	TESTAUFBAU.....	37
3.2.3	TESTAUSWERTUNG.....	38
3.2.4	STATISTISCHE BEARBEITUNG.....	38
3.3	UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE.....	39
4	DISKUSSION.....	42
5	ZUSAMMENFASSUNG.....	44
6	LITERATURVERZEICHNIS.....	45
7	ANHANG.....	53
7.1	ESI - TESTBOGEN.....	53
7.2	ESI - AUSWERTUNG.....	65

Obwohl die Mitwirkung des Patienten bei jeder ärztlichen und zahnärztlichen Tätigkeit eine bedeutende Rolle spielt, ist gerade in der Kieferorthopädie eine beständige, partnerschaftliche Beziehung zwischen Zahnarzt und Patient erforderlich. Da die kieferorthopädischen Geräte über einen längeren Zeitraum getragen werden müssen, um eine erfolgreiche Behandlung zu garantieren, sind von seiten des Patienten Verständnis und Kooperationsbereitschaft nötig. Besonders trifft dies bei der Anwendung herausnehmbarer Geräte zu. Hier hängt der Therapieerfolg in hohem Maße von der Mitarbeit des Patienten ab.

Ferner wird die kieferorthopädische Behandlung durch das Alter der Patienten beeinflusst. In der überwiegenden Zahl der Fälle erfolgt sie in der Wechselgebissperiode, in einem Zeitraum also, der wegen möglicher schulischer und pubertärer Probleme ohnehin eine kritische Phase in der Entwicklung des Heranwachsenden darstellt. Häufig wird die Therapie als Last empfunden, zumal die jugendlichen Patienten nicht unbedingt von deren Notwendigkeit überzeugt sind. Da die Kontrollmöglichkeiten des Kieferorthopäden im wesentlichen auf die Behandlungstermine beschränkt sind, kommt der elterlichen Mitwirkung bezüglich der Motivation und Überwachung der Tragedauer eine bedeutende Rolle zu.

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, inwieweit die Motivation zur Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung durch das erzieherische Verhalten der Eltern beeinflußt wird.

Zunächst wird die einschlägige Literatur zu den Gesichtspunkten Erziehungsstile, Motivation und Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung vorgestellt, dann werden die Zusammenhänge zwischen den genannten Variablen mit Hilfe des Erziehungsstil-Inventar-Tests nach KROHNE untersucht.

- 2 LITERATURÜBERBLICK
- 2.1 ERZIEHUNGSSTILE
- 2.1.1 DEFINITION NACH WEBER

Erziehungsstile sind nach WEBER (1970) "relativ uneinheitlich ausgeprägte Möglichkeiten erzieherischen Verhaltens, die sich durch typische Komplexe von Erziehungspraktiken charakterisieren lassen".

Ferner unterteilt er die Erziehungsstile in Individualstil, der durch die Persönlichkeit des Erziehers geprägt ist und alle pädagogischen Maßnahmen eines Individuums umfaßt, und in Gruppenstil als Ausdruck des erzieherischen Verhaltens einer Einheit (z.B. Lehrer, soziale Klasse).

- 2.1.2 DEFINITION NACH DOLCH

Nach der Definition von DOLCH (1960) ist Erziehungsstil "der gemeinsame charakteristische Grundzug, die besondere Ausprägung des erzieherischen Verhaltens und Handelns eines Einzelerziehers oder einer Gesinnungs- und Altersgruppe von Erziehern".

2.1.3 GRUNDSTILE DER ERZIEHUNG NACH SPRANGER

SPRANGER (1976), der den Begriff 'Erziehungsstile' in die Pädagogik einbrachte, versteht darunter "Grundmöglichkeiten des pädagogischen Vorgehens, zwischen denen man wählen kann, ohne daß man es von vorneherein falsch macht".

Er spricht folglich von den Grundstilen der Erziehung, die im Gegensatz zu den an den Zeitgeist angepaßten Erziehungsbewegungen während aller Epochen als Möglichkeiten pädagogischen Handelns zur Wahl stehen.

SPRANGER stellt jeweils zwei konträre Erziehungsstilidealtypen gegenüber, wobei die Betonung auf Idealtyp liegt, der in seiner reinen Form in der Realität nicht vorhanden ist.

SPRANGER unterscheidet dabei folgende drei Stilpaare:

1. einen weltnahen und einen isolierenden Erziehungsstil bzw. direkte oder inselhafte Erziehung. RÖHRS (1962) bezeichnet dies als einen lebensnahen bzw. herauslösenden Erziehungsstil.
2. einen freien und einen gebundenen Erziehungsstil - von SCHALLER (1968) auch als liberale und autoritäre bzw. freigebende und bestimmende Erziehung bezeichnet.
3. einen vorgreifenden und entwicklungsgetreuen Erziehungsstil - SCHALLER spricht von beschleunigender und verzögernder Erziehung.

2.1.4 ERZIEHUNGSSTILANALYSEN NACH RUPPERT

RUPPERT (1976) stellt bei seinen Erziehungsstilanalysen die Person des Erziehers in den Vordergrund, wobei zu berücksichtigen ist, daß auch sie in einer ständigen Rückkopplung zum gesamten Erziehungsfeld steht.

Ähnlich wie SPRANGER beschreibt er gegensätzliche Erziehungsstiltypen.

"Ichbezogene und sachliche Erziehung"

Die ichbezogene bedeutet den Versuch der Eltern oder eines Elternteiles sich durch das Kind selbst in seiner Wunsch- und Zielstellung zu verwirklichen. Beispielhaft dafür stehen Begriffe wie 'Du sollst es besser haben als wir - Wir hatten ja damals gar nicht die Möglichkeit - etc'. Dieses Verhalten der Eltern führt bei dem Kind zu dem gleichen ichbezogenen Agieren, d.h. es festigt sich die Position der gegenseitigen nur auf sich selbst bezogenen Parteien, wodurch Vertrauen nicht entstehen kann und die Atmosphäre spannungsgeladen ist und bleibt.

Im Gegensatz dazu steht der sachliche Erziehungsstil, der geprägt ist vom Verständnis der Eltern für die Situation des Kindes als Kind, d.h. es werden keine eigenen Erwartungsmuster auf das Kind übertragen. Hierbei ist die Atmosphäre entspannt und sachlich. Dadurch ist das Kind in der Lage, selbstständig in seinen Aufgabenbereich hineinzuwachsen, da es sich unabhängig von den Eltern entwickelt.

"Verwöhnen und Versagen in der Erziehung"

Der verwöhnende Erziehungsstil ist geprägt durch ein zuviel an allem; das bedeutet, das Kind wird überschüttet mit Geschenken, Freiheiten, Behütung und Zärtlichkeiten, wodurch im Sinne einer Sättigung die Bedürfnisbefriedigungsgrenze des Kindes immer mehr ansteigt. Dies führt schließlich dazu, daß die Wünsche und Vorstellungen des Kindes nicht mehr voll befriedigt werden können und es zu Frustrationen und Unzufriedenheit kommt; der Bezug zur Realität geht verloren. Das Kind wird durch die übermäßige Fürsorge nicht selbstständig, ist zu keiner Anstrengung fähig und nicht zum Verzicht bereit.

Gegensätzlich dazu ist der Stil des 'Versagens', d.h. das Kind ist geprägt durch die Entbehrung von Liebe, Zärtlichkeit, Vertrauen und Verständnis. Dieser Erziehungsstil findet seine Ursache teilweise in dem Stil des 'Verwöhnens', und zwar als negatives Umschwenken, weil die Zuwendungsfähigkeitsgrenze des Erziehers erreicht ist, teilweise in religiösen oder weltanschaulichen Leitmotiven des Erziehenden. Gelegentlich findet sich das Motiv auch in einem Machtbedürfnis des Erziehers, d.h. dem Wunsch, zu beherrschen und unterzuordnen. Hierbei wird das Bedürfnis des Kindes nach Liebe und Zärtlichkeit vollständig unterdrückt, was zu Frustration und Unselbstständigkeit führt. Kreativität wird schon im Ansatz verhindert.

Die Synthese der beiden letztgenannten Stile sieht RUPPERT in dem 'Erziehungsstil der Sorge', was bedeutet, daß die Fürsorglichkeit das zentrale Thema

darstellt. Seiner Meinung nach gilt es, eine vernünftige Relation zwischen 'Gewähren und Versagen' zu finden.

"Entmutigende und ermutigende Erziehung"

Bei der 'entmutigenden Erziehung' wirken die Eltern entweder unter- oder überfordernd. Dies resultiert zum einen aus der Unkenntnis des Entfaltungsrhythmus des Kindes, zum anderen kann das Kind von den Eltern als Last empfunden werden. Ziel ist es dann, es für längere Zeit in Abhängigkeit zu halten, oder sich von ihm zu trennen, es schnell aus der familiären Atmosphäre zu entlassen.

Im Gegensatz dazu ist der 'ermutigende Erziehungsstil' geprägt von einer völligen Ausgeglichenheit des Erziehenden. Er ist bestrebt zu motivieren, er über- oder unterfordert nicht. Dadurch lernt das Kind, seiner sozialpsychologischen Situation entsprechend, da es nicht negativ durch den Erzieher beeinflusst wird, seine Kreativität auch in schwierigen Lebenslagen zu entfalten.

"Autoritäre und freiheitliche Erziehung"

Der 'autoritäre' Erzieher ist bestrebt, eine permanente Überlegenheit gegenüber dem zu Erziehenden aufrechtzuerhalten. Auch positive Weisungen werden von dem Kind nicht als solche angesehen, da immer das Gefühl des Machtausübens unauslöschlich mit der Person des Erziehers in Zusammenhang gebracht wird.

Im Gegensatz dazu basiert die 'freiheitliche' Erziehung auf einem guten Verhältnis zwischen

Erzieher und Kind, wobei auf Druck und Unterdrucksetzen völlig verzichtet wird. Das Kind und seine Bezugsperson sind gleichberechtigte Partner. Die Gefahr dabei liegt jedoch in einem Nichterkennen der Notwendigkeit gewisser Normen.

Ein vernünftiges Mittelmaß beider Extreme ist nach RUPPERT die "echte Autoritätserziehung", mit dem Anerkennen gültiger Werte und dem Bemühen, eine unabdingbare Ordnung einzuhalten, jedoch ohne Überlegenheitsgefühl und autoritäre Machtausübung dem zu Erziehenden gegenüber.

"Selbstbewußte und schuldbewußte Erziehung"

In diesem Kapitel bezieht sich RUPPERT auf die von WEINSTOCK (1954) auseinandergelegte Antithese, basierend auf Grundauffassung ROUSSEAUS und PESTALOZZIS.

Bei der 'selbstbewußten Erziehung' besteht die Überzeugung, es genüge, den zu Erziehenden auf sein Selbst zu stellen, damit er ein vollkommener Mensch werde; d.h. Erziehung erwächst aus der Fähigkeit des Menschen als Erzieher und als zu Erziehender die "gemäßen Bedingungen" zu setzen. In der Realität begegnet uns dieser Erziehungsstil in zwei konträren Positionen, zum einen als "pädagogischer Technizismus", praktiziert in Anstalten, Heimen und im öffentlichen Schulsystem auf der Basis des richtigen "Instinkts" ungebrochener Personen, zum anderen als "lebens- und daseinsichere Begegnung einfacher Menschen mit Kindern, deren Werdensbild sie klar vor Augen haben" (RUPPERT, 1976).

Im Gegensatz dazu zwingt die 'schuldbewußte Erziehung' den Erzieher immer auf das eigene Gewissen zurück. Der Erzieher weiß nur, daß er der Wahrheit immer etwas schuldig bleibt, aber "jener höchsten Macht gegenüber, die ihn zur erzieherischen Verantwortung berufen hat, ohne ihm Gewißheit zu geben, schuldig ist" (RUPPERT, 1976).

2.1.5 SCHICHTENSPEZIFISCHE ERZIEHUNGSSTILE NACH WEBER

WEBER (1970) stellt Vergleiche über die verschiedenen Erziehungspraktiken in den einzelnen Sozialschichten an. Er erachtet die Familie als prägend für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Die Familien sind "die primären Enkulturations-, Sozialisations- und Erziehungsinstitutionen". Die Aufgabe der Familie ist es zunächst, den Fortbestand der Gesellschaft zu garantieren und deren Wertvorstellungen den Heranwachsenden begreiflich zu machen und somit lebendig zu erhalten. Dieser Lernprozeß ist nun wiederum abhängig von der sozialen Zugehörigkeit des Elternpaares, da sich die Werte und Verhaltensmuster in den einzelnen Schichten unterscheiden.

Für WEBER sind vor allem die unterschiedlichen Erziehungspraktiken in der Mittelschicht und in der Unterschicht von Interesse. Zur Mittelschicht gehören Angestellte und Beamte, Selbstständige und Freiberufler; die Unterschicht repräsentieren

die unselbstständigen Handwerker und Landarbeiter, die Ungelernten und die in Fabriken Beschäftigten.

In Anlehnung an bisherige empirische Untersuchungen führt WEBER fünf Charakteristika zur Erklärung des unterschiedlichen Erziehungsverhaltens in den einzelnen sozialen Schichten an: "Wertorientierungen, Disziplinierungspraktiken, Leistungsmotivationen, Schulzielsetzungen und Sprachmodi".

Bezüglich der Wertorientierungen, die entscheidend durch die unterschiedlichen Lebensbedingungen der sozialen Schichten geprägt werden, beruft sich WEBER auf die von ROSEN beschriebenen drei Alternativen:

die erste wird als "gegenwarts- bzw. zukunftsorientierte",

die zweite als "passivistische bzw. aktivistische"

und die dritte als "familistische bzw. individualistische Wertorientierung"

bezeichnet. ROSEN (1956) ermittelte, daß sich Kinder aus sozialen Unterschichten "gegenwartsorientiert" - d.h. in den Tag hineinlebend und nur an der augenblicklichen Situation interessiert, - "passivistisch" - die Kinder vertrauen sehr wenig auf ihre eigenen Fähigkeiten und finden sich eher mit den gegebenen Verhältnissen ab - und "familistisch" - unselbstständig und nur auf die Familie fixiert - verhalten.

Die Kinder aus zur Mittelschicht gehörenden Familien orientieren sich stärker an der Zukunft,

sind "aktivistisch" - d.h. optimistisch bezüglich ihrer eigenen Fähigkeiten zur Verbesserung ihrer Situation - und eher "individualistisch", - d.h. weniger vom Elternhaus abhängig und in der Lage, ihr Leben selbst zu meistern.

Beim Vergleich der Disziplinierungspraktiken beider Sozialschichten eruiert WEBER in der Unterschicht eher "expressiv - symbolische" und demgegenüber mehr "argumentierende" Methoden in der Mittelschicht. Die Maßregelungen erscheinen bei Vertretern der Mittelschicht eher durch den Verstand bestimmt. Die Eltern versuchen, an die Vernunft des Kindes zu appellieren und ihm verständlich zu machen, warum ein bestimmtes Verhalten untersagt sei. Die Kinder aus der sozialen Unterschicht müssen sich im Gegensatz dazu mit Sätzen wie: "Das tut man nicht" und "Ich habe es dir gesagt, dabei bleibt's" begnügen, ohne eine Begründung für das strafende Vorgehen der Eltern zu erfahren.

Auch bezüglich der Strafmaßnahmen sind Unterschiede festzustellen. Mittelschichtkinder werden durch Liebesentzug und Isolierung, Kinder der sozialen Unterschicht meist körperlich gemäßregelt.

Geprägt durch diese Erziehungspraktiken werden in der Unterschicht die Kinder kaum zur Unabhängigkeit erzogen. Selbstständigkeit und Selbstverantwortlichkeit werden nur durch ein partnerschaftliches Eltern-Kind - Verhältnis gefördert.

Bei der Veranschaulichung des Einflusses der Erziehungspraktiken in den einzelnen Sozialschichten auf die Leistungsmotivation bezieht sich WEBER auf die 1958 durchgeführten Untersuchungen von WINTERBOTTOM, die durch ROSEN (1959) ergänzt wurden. Danach besteht eine hohe Korrelation zwischen der Intensität der Leistungsmotivation und der sozialen Schicht, wobei eine wesentlich höhere leistungsbezogene Werthaltung in der Mittelschicht festzustellen ist.

Eltern höher motivierter Kinder erziehen früh zur Selbstständigkeit, wecken deren Selbstvertrauen und Tüchtigkeit durch ein liebevolles und unterstützendes Verhalten und steigern das kindliche Leistungsvermögen, indem sie Fortschritte anerkennen und sich bei Mißerfolgen eher neutral verhalten.

Im Gegensatz dazu stehen die Erziehungspraktiken der Eltern aus der sozialen Unterschicht. Sie sind geprägt durch geringe Leistungserwartungen; dadurch ist der Weg zur Selbstständigkeit erschwert und die Motivation des Kindes geschwächt. Das Kind konzentriert sich nur auf das Vermeiden von Mißerfolgen.

In enger Korrelation mit der schichtenspezifischen Leistungsmotivation steht der Faktor "elterliche Schulzielsetzung". Eltern der sozialen Mittelschicht streben von vorneherein eine höhere Schulbildung für ihre Kinder an und sie treffen diese Entscheidung bereits vor dem Schuleintritt, also unabhängig von bisherigen schulischen Leistungen.

Ihr Auftreten gegenüber den Lehrern ist selbstsicher, sie betrachten den schulischen Erfolg als Ergänzung ihrer Erziehung.

Demgegenüber steht ein niedriges pädagogisches Selbstbewußtsein in der sozialen Unterschicht. Die Ausbildung und die Erziehung der Kinder wird bereitwillig der Schule überlassen, die Schulzielsetzung erfolgt im Vergleich zur Mittelschicht niedriger und später. Als Gründe gibt WEBER unter Bezug auf GRIMM (1966) und HITPAß (1965) Unkenntnis über die geistigen Anforderungen der höheren Schule, mangelndes Selbstbewußtsein, wenig Vertrauen in die Leistungen ihrer Kinder und Angst vor Verspottung an.

Wenn man sich vergegenwärtigt, daß Erziehung zum größten Teil über verbale Interaktion erfolgt, wird der Zusammenhang zwischen Erziehungsstil und der schichtenspezifischen Sprache deutlich. WEBER beruft sich dabei auf von BERNSTEIN (1967) vorgenommene Untersuchungen über die Sprache in verschiedenen sozialen Schichten. Er unterscheidet zum einen zwischen Mittel- und Unterschicht, zum anderen zwischen einer Schriftsprache (language) und spezifischen Sprechweisen (linguistic codes), die geprägt sind von den Eigenheiten des sozialen Umfeldes.

Die Unterschicht bedient sich dabei eines "restricted code", d.h., die Sprache ist vorstrukturiert und stark eingeschränkt. Der situative Kontext wird dabei integriert, was bedeutet, daß außersprachliche Ausdrucksmittel verfügbar sein müssen.

Im Gegensatz dazu verfügt die Mittelschicht über den "elaborated code", der sich durch ein größeres Maß an Abstraktionsfähigkeit auszeichnet und nicht des Kontextes bedarf, d.h., es wird alles für das Verständnis Notwendige direkt verbalisiert.

2.2 MOTIVATION

2.2.1 ALLGEMEINE DEFINITION

Um die Kooperationsbereitschaft der jugendlichen Patienten, die ja letztlich über Erfolg und Mißerfolg einer kieferorthopädischen Behandlung entscheidet, zu erreichen, ist die Erforschung sowohl der kindlichen als auch der elterlichen Beweggründe für die Therapie von elementarer Bedeutung.

DORSCH (1976) definiert das Motiv als die Ursache und treibende Kraft eines Verhaltens und bezeichnet es als den richtungsgebenden, leitenden und antreibenden seelischen Hinter- und Bestimmungsgrund des Handelns. Ein Verhalten setze selten nur ein, sondern meist viele Motive voraus, wobei die Handlung von den starken Motiven unter Verdrängung der schwächeren bestimmt werde. Motivbildend seien Gewöhnungen, fixierte Einstellungen und Werthaltungen.

Unter Motivation versteht DORSCH Vorgänge, die "für die Auswahl und Stärke der Aktualisierung von Verhaltenstendenzen bestimmend sind". Das Verhalten eines Menschen in einer gewissen Situation erkläre sich durch intervenierende Motivationsvariablen, die neben den situativen Gegebenheiten die wichtigsten Determinanten menschlichen Handelns sind.

Nach HECKHAUSEN (1980) sind drei Faktoren maßgeblich für den Motivbegriff. Dies sind zum einen der Beweggrund, ferner die Absicht eines Verhaltens und dann das Erreichen eines angestrebten Zielzustandes innerhalb eines bestimmten Personen - Umwelt - Bezuges. Seiner Meinung nach ist Motivation ein Selektivprozeß von Handlungsmöglichkeiten zur Steuerung zielgerichteter Handlung.

OERTER (1980) deutet Motivation als Ursache für eine nach Richtung, Quantität und Intensität bestimmte Aktivität auf verschiedene Arten.

Zum einen sieht er die Motivation für eine bestimmte Verhaltensweise in einem Trieb; das bedeutet: ein Spannungszustand ist die auslösende Komponente. Ist das Ziel erreicht, vermindert sich der Spannungszustand und es kommt zu einer Bedürfnisbefriedigung.

Zweitens resultiert Motivation aus einem Erwartungsgefälle zwischen Ist- und Sollwert, wofür das Individuum zu 'kognitiver Leistung' befähigt sein muß.

Drittens entsteht Motivation im Zuge eines Informationsaustausches zwischen Aktivität und rückgemeldetem Prozeß. Sie setzt bei Normabweichungen ein, wobei die Normen selbst gesetzt sind.

In einer gewissen Beziehung zur Motivation steht auch der Begriff 'Compliance', den DORSCH (1976) als das auseinandersetzungslöse und widerspruchslöse Akzeptieren von Anordnungen oder Verhaltensvorschriften bezeichnet, die der eigenen Tendenz widersprechen.

2.2.2 MOTIVATION ZUR MUNDHYGIENE

Eine besondere Schwierigkeit bei der Motivation zur Mundhygiene scheint aus der Vorstellung zu resultieren, eine Gebißkrankheit sei keine eigentliche Erkrankung, sondern lediglich eine ästhetische Beeinträchtigung in teilweise tolerablen Grenzen. Vielleicht wirkt sich auch die Tatsache negativ aus, daß der Erfolg präventiver Maßnahmen für den Patienten nicht kurzfristig feststellbar ist.

Aus diesem Grund ist es bei der Motivation von Patienten unumgänglich, eine Sensibilisierung bezüglich der Zahngesundheit und eine positive Einstellung zu Zahnpflegegewohnheiten zu erzielen.

Als sehr erfolgreich in der Präventivmedizin erwies sich das sogenannte "Health Belief Model" (BECKER und MAIMAN 1975). Dieses Modell unterstreicht die Wichtigkeit persönlicher Einschät-

zungen für das Verhalten und sieht das Ziel in der Optimierung des zu erwartenden Nutzens für die Gesundheit der betreffenden Person.

Die Realisation eines Gesundheitsverhaltens hängt von drei Komponenten ab.

1. von der individuellen Gesundheitsmotivation, d.h., welche Bedeutung Gesundheit und Erkrankung beigemessen werden, zu erkennen an der Bereitschaft zu ärztlichen Konsultationen und zum Befolgen der ärztlichen Anweisungen,
2. von der Einschätzung der Krankheit als Ursache persönlicher Beeinträchtigung und der Schwere möglicher Folgen,
3. von der Reduktionswahrscheinlichkeit der Krankheitsfolgen durch ärztliche Konsultationen in Abhängigkeit vom Vertrauen auf den Arzt.

Somit ist der Patient nur sehr schlecht zu motivieren, wenn er an der Behandlung zweifelt, ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu seinem Arzt hat oder eine Erkrankung nicht ernst nimmt.

Generell ist eine langfristige Kooperation problematisch, wenn in den Augen des Patienten Zeitaufwand, Kosten, erwartete Behandlungsschmerzen oder die Notwendigkeit der Änderung von Gewohnheiten als Nachteile einer geplanten Behandlung überwiegen (ANTONOWSKY und KATS 1970).

Neben diesen psychologischen Faktoren gibt es sozialpsychologische wie Sozialstatus und Herkunft, die von besonderer Bedeutung für die Motivation zu einem regelrechten Mundhygieneverhalten sind.

In der 1982 veröffentlichten Untersuchung haben WINGERATH und LANGE gezeigt, daß eine direkte Beziehung zwischen Erkrankungen des Zahn- und Mundbereichs und einer soziologischen Schichtung besteht.

Der Einfluß des sozioökonomischen Status auf das Mundhygieneverhalten wurde auch von anderen Autoren bestätigt (KRIESBERG und TRIEMAN 1960; FREEMAN und LAMBERT 1965; KÖHLER und HOLST 1973).

Darüberhinaus stellte RAYNER (1970) fest, daß die Kinder sich stark an dem Mundhygieneverhalten der Mutter orientieren. Dies gilt auch für die Häufigkeit der Zahnarztbesuche.

2.2.3 MOTIVATION ZUR MITARBEIT BEI DER KIEFER- ORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG

Der Erfolg einer kieferorthopädischen Behandlung hängt stark von der Motivation des Patienten zur Mitarbeit ab. Der Wunsch nach einer Behandlung kommt vom Patienten selbst oder von seinen Eltern. Eventuell hat auch der behandelnde Zahnarzt den Anstoß dazu gegeben. Eine Problematik liegt darin, daß die Motivation über den langen Behandlungszeitraum aufrechterhalten werden muß (vgl. ANTONOWSKY und KATS 1970).

Das Motiv zur Aufnahme einer kieferorthopädischen Behandlung kann in dem Wunsch nach einem schönen, regelmäßigen und gesunden Gebiß liegen, eventuell verbunden mit Interesse und Neugier auf die unbekannten Geräte, welche die Kinder heute in ihrem sozialen Umfeld registrieren. Abschreckend wirkt die Angst vor Unbekanntem und vor der vorübergehenden, sprachlichen und ästhetischen Beeinträchtigung, vor allem bei weiblichen jugendlichen Patienten (DAUSCH-NEUMANN 1982).

Untersuchungen von CLEMMER (1979), BROEKMAN (1967), BALDWIN und BARNES (1965) und SARLL (1974) haben gezeigt, daß der entscheidende Anstoß zur kieferorthopädischen Behandlung von den Eltern ausgeht, und zwar aufgrund der ästhetischen Beeinträchtigung und der Befürchtung einer sozialen Diskriminierung.

SHAW (1981) fand ebenfalls, daß bei Kindern mit erheblichen Zahnstellungsanomalien überwiegend der ästhetische Aspekt im Vordergrund steht und nicht eine gestörte Funktion des stomatognathen Systems.

Unter dem Aspekt zu erwartender Folgestörungen muß der Kieferorthopäde auch die funktionellen Probleme bei Fehlstellungen den Patienten bzw. deren Eltern klarmachen (SARLL 1974).

2.3 MITARBEITSDETERMINANTEN

2.3.1 PERSÖNLICHKEITSAKTOREN

Obwohl die Eltern den Anstoß zu einer kieferorthopädischen Behandlung geben, entscheiden ihre Bemühungen jedoch nicht allein über deren Erfolg oder Mißerfolg: in erster Linie ist die Persönlichkeit des Kindes maßgeblich (STRICKER 1970).

Deshalb ist viel Verständnis und Einfühlungsvermögen seitens des Behandlers in die kindliche Psyche notwendig, um die Mitarbeit des Patienten zu erreichen.

MAJ (1963) unterscheidet aufgrund der Beobachtung des kindlichen Verhaltens während der Behandlung zwei Gruppen von Patienten: die leicht zu behandelnden Kinder, die sich dem Zahnarzt gegenüber kooperativ zeigen, und die schwierigen Kinder, die sich der Behandlung widersetzen. Das Verhalten der ersten Gruppe ist unbefangen, aufgeschlossen und freundschaftlich dem Kieferorthopäden gegenüber, Kinder dieser Gruppe zeigen entweder lebhaftes Interesse an der Behandlung oder sind zurückhaltend, still, aber geduldig. In der "schwierigen" Gruppe gibt es passiv und aktiv Widerstand leistende Kinder, die in keiner Weise zur Mitarbeit bereit sind.

Nach DAUSCH-NEUMANN (1967) hängt der Behandlungserfolg hauptsächlich davon ab, inwieweit es dem Behandler gelingt, sich auf die Persönlichkeit des Patienten einzustellen.

Als individuelles Charakteristikum führt sie die von HEINRICH (1933) beschriebenen Verhaltenstypen auf. Das "normale Kind", das sich artig benimmt, ist am ehesten zur Mitarbeit bereit. Wesentlich mehr Geduld und Verständnis seitens des Behandlers erfordert das "ängstliche Kind". Passiven Widerstand leistet das "gehemmte Kind", während sich das "widerspenstige Kind" und schließlich das "geltungssüchtige Kind" heftig den Behandlungsmaßnahmen widersetzen.

EL-MANGOURY (1981), die verschiedene psychologische Tests mit Patienten im Alter von 14 Jahren und älter, die seit mindestens sechs Monaten mit Headgear behandelt worden waren, durchführte, kam unter anderem zu dem Ergebnis, daß "intern kontrollierte" Patienten kooperativer als "extern kontrollierte" sind. Erstere haben die Notwendigkeit zur Mitarbeit erkannt und kontrollieren sich selbst, während die zuletzt genannten die Behandlung über sich ergehen lassen, weil sie ihnen vorgeschrieben wird.

EL-MANGOURY bestätigte damit die Untersuchungsergebnisse von CRAWFORD (1974).

CLEMMER (1979), der Patienten mit einem Durchschnittsalter von 13,8 Jahren, die seit mindestens einem Jahr mit Headgear behandelt worden waren, untersuchte, konnte hingegen keine unterschiedliche Kooperationsbereitschaft zwischen "intern bzw. extern kontrollierten" Patienten feststellen.

Die Ergebnisse einer Untersuchung von MAJ (1967) unter Verwendung zweier Persönlichkeitstests, und zwar des Baumtests und des Rohrschachtests, zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Mitarbeit. Die introvertierten Kinder, die zunächst schüchtern und verschlossen sind, aber ihre Emotionen besser kontrollieren können, sind in ihrer Kooperationsbereitschaft ausdauernder und zuverlässiger als die extrovertierten Kinder mit einer geringeren emotionalen Selbstkontrolle.

DAUSCH-NEUMANN (1967) untersuchte mit dem Rohrschachtest, inwieweit die Intelligenz des Kindes die Kooperationsbereitschaft beeinflusst. Aus ihrem Patientengut bildete sie je eine Gruppe von 20 Kindern, die der Behandlung positiv, respektive negativ gegenüber standen. Bei der Auswertung ergab sich für beide Gruppen ein gleich großer Anteil von Kindern mit mittlerer Intelligenz. In der Gruppe der positiv eingestellten Kinder waren vermehrt überdurchschnittlich intelligente und in der Gruppe der negativ eingestellten vermehrt unterdurchschnittlich intelligente Kinder festzustellen.

2.3.2 BEHANDLUNGsalter UND BEHANDLUNGSDAUER

Die Frage, ob sich die Bereitschaft zur Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung in den verschiedenen Altersklassen wesentlich unterscheidet, ist nicht eindeutig zu beantworten. In der Literatur herrscht jedoch die Meinung vor, daß eine Behandlung grundsätzlich ab dem vierten Lebensjahr möglich ist, und daß eine zu lange Behandlungsdauer die Kooperationsbereitschaft negativ beeinflußt.

Nach den Untersuchungen von KIRCHNER (1957) wirkt sich das Alter der Patienten nicht wesentlich auf die Qualität der Mitarbeit aus. Sie warnt jedoch vor einem zu frühen Behandlungsbeginn (vier bis fünf Jahre), da die Ausdauer und Behandlungsbereitschaft bedingt durch den großen Zeitraum bis zum Abschluß des Zahnwechsels nachlasse. Ferner diskutiert sie die Problematik der Pubertät, die mit einer Verlagerung der Interessen und aufkommender Eitelkeit zu einer Verschlechterung der Kooperationsbereitschaft führen könne.

DEMISCH (1965) ist wie KIRCHNER der Ansicht, daß es keine allgemein gültige Regel für das günstigste Behandlungsalter gibt. Grundsätzlich hält er eine gute Zusammenarbeit ab dem vierten Lebensjahr für möglich. Auch für ihn ist bezüglich der Kooperationsbereitschaft die schwierigste Phase der Zeitraum der Pubertät.

Nach HATTEMER (1963) hängt die zu erwartende Mitarbeit sehr vom Behandlungsalter ab. Das sechste bis achte und achte bis zwölfte Lebensjahr seien für die psychische Entwicklung des Kindes bedeutende Lebensabschnitte, die dem Kieferorthopäden die Möglichkeit gäben, bei richtigem Vorgehen sowohl Interesse an der Behandlung als auch eine beständige Kooperationsbereitschaft zu erzielen.

BROEKMANN (1967), der zur genaueren Erfassung der Patientenmitarbeit 500 Probanden, darunter 56,2% Mädchen und 43,8% Jungen, befragte, kommt unter anderem zu dem Ergebnis, daß Mädchen bis zum zehnten Lebensjahr gut mitarbeiten. Danach lasse die Kooperationsbereitschaft nach, am schlechtesten sei sie im 14. Lebensjahr. In den folgenden Jahren trete wieder, vorwiegend aus kosmetischen Gründen, eine Verbesserung ein.

Bei Jungen verhält es sich nach BROEKMANN'S Untersuchungen anders. In der Altersgruppe bis zehn Jahre sei die Mitarbeit besonders schlecht, gut hingegen im Alter zwischen zehn und zwölf Jahren. Später komme es wieder zu einer Verschlechterung, die sich, im Gegensatz zu den Mädchen, nach dem 14. Lebensjahr noch verstärkt. Kosmetische Gründe spielten bei den Jungen keine bedeutende Rolle.

GRAF und EHMER (1970), die sich in ihren Studien an den Untersuchungen BROEKMANN'S orientierten, stellten Unterschiede in der Bereitschaft zur Mitarbeit in der verschiedenen Alterstufen bei weiblichen und männlichen Patienten fest.

Probanden waren 185 Patienten, die in drei Gruppen nach der Qualität der Mitarbeit eingeteilt wurden: 131 gute, 33 mäßige und 21 schlechte Mitarbeiter. Die Beurteilung der Mitarbeit erfolgte anhand des regelmäßigen Tragens der Geräte und des Einhaltens der Kontrolltermine.

Die Kooperationsbereitschaft bei den Mädchen war am besten zwischen dem achten und zehnten Lebensjahr. Die Altersgruppe der zehn bis zwölfjährigen arbeitete am schlechtesten mit. Unter den männlichen Probanden waren die besten Mitarbeiter in der Altersgruppe unter acht und über zwölf Jahren zu finden. Im dazwischenliegenden Lebensabschnitt war die Mitarbeit weniger gut.

Nach DAUSCH-NEUMANN (1982), die eine Untersuchung mit Kindern im Alter von acht bis vierzehn Jahren und deren Eltern durchführte, verschlechtert sich die Mitarbeit mit zunehmendem Alter. Die Verschlechterung, die mit den psychischen Entwicklungsphasen des Kindes zusammenhänge, erreiche ihren Höhepunkt mit dem 14. Lebensjahr. In der letzten Phase der Adoleszenz (etwa ab 18) trete wieder eine Verbesserung der Kooperationsbereitschaft ein.

JAKOBSON (1979) hält grundsätzlich eine Behandlung vor dem sechsten und nach dem zwölften Lebensjahr für problematisch, da in dieser Zeit, bedingt durch seelische Konflikte, der Wille zur Mitarbeit nicht ausreichend gegeben sei.

Diese Feststellung trafen WEISS und EISER schon 1977 in ihren Untersuchungen.

Da nach allgemeiner Auffassung die kieferorthopädische Behandlung nicht vor Beendigung des Zahnwechsels abgeschlossen werden sollte, darf die Frage, inwieweit sich die Behandlungsdauer auf die Kooperationsbereitschaft auswirkt, bei der Bestimmung des günstigsten Behandlungsalters nicht unberücksichtigt bleiben.

Nach ARNOLD (1976) ist der Behandlungserfolg am größten, wenn sich die Behandlung über einen durchschnittlichen Zeitraum von zwei bis drei Jahren erstreckt.

Auch GABRIEL (1965) kam durch seine Untersuchungen zu der Ansicht, daß eine kürzere Behandlungsdauer mit größerem Erfolg verbunden ist.

BRÜCKNER (1965) fand in ihren Untersuchungen die Mehrzahl der guten Mitarbeiter in der Gruppe mit einer Behandlungsdauer bis zu drei Jahren.

2.3.3 GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE

Ob es Geschlechtsunterschiede in der Bereitschaft zur Mitarbeit bei kieferorthopädischen Patienten gibt, ist bisher nicht hinreichend geklärt.

BROEKMAN (1967) fand durch Gespräche mit Kollegen und Mitarbeitern heraus, daß im allgemeinen die Mädchen als kooperativer eingeschätzt werden. Er konnte diese Annahme durch seine Untersuchungen bestätigen.

CLEMMER (1979) begründete die überwiegend positive Mitarbeit der weiblichen Patienten mit Eitelkeit und Streben nach besserem Aussehen. Die männlichen Patienten seien weniger um ihr Äußeres besorgt.

BRÜCKNER (1965) hingegen konnte in ihren Untersuchungen kein Überwiegen der Mädchen oder der Jungen in der Gruppe der gut mitarbeitenden und in der Gruppe der schlecht mitarbeitenden Patienten nachweisen.

2.3.4 FAMILIÄRE SITUATION

Da in der überwiegenden Zahl der Fälle die Eltern eine kieferorthopädische Therapie für ihre Kinder wünschen, ist ihr Verhalten während des Behandlungsfortgangs für das Ausmaß der Kooperationsbereitschaft hoch einzuschätzen.

Nach DAUSCH-NEUMANN (1982) arbeiten diejenigen Kinder, die in geordneten häuslichen Verhältnissen und in gutem Kontakt mit den Eltern leben, am besten mit.

Auch HERREN (1966) und ARNOLD (1966) weisen darauf hin, daß ein intaktes Familienleben die beste Voraussetzung für eine gute Mitarbeit ist.

Nach FLEISCHER-PETERS (1982) sind Kinder, die entweder von ihren Eltern vernachlässigt oder unter zu starkem Leistungsdruck gesetzt werden, wenig kooperativ oder widersetzen sich jeglicher Behandlung.

KIRCHNER (1957) fand durch Befragung von gut mitarbeitenden Patienten, daß bei ca. 65% die Mutter sich ganztätig um die Familie kümmerte, wohingegen bei den weniger kooperativen die Mutter in etwa 70% der Fälle berufstätig war. Bei fast allen guten Mitarbeitern waren die Eltern am Behandlungserfolg interessiert, während auf der anderen Seite bei schlecht mitarbeitenden Patienten von den Eltern kaum Interesse gezeigt wurde.

BRÜCKNER (1965) konnte den Zusammenhang zwischen Interesse der Eltern und Kooperationsbereitschaft der Kinder zwar bestätigen, sie fand jedoch keinen Zusammenhang mit der Berufstätigkeit der Mutter.

Nach MAJ (1963) wäre es sehr wichtig für einen günstigen Behandlungsverlauf, daß die Eltern positiv auf die Kinder einwirkten. Das Kind, das in einer unausgeglichene familiären Atmosphäre aufwachse, sei von den Eltern nur ungenügend oder meist überhaupt nicht auf die Situation vorbereitet und verstehe folglich auch nicht den Sinn der Behandlung. Deshalb müßte zunächst das Verhalten dieser Eltern der kieferorthopädischen Behandlung gegenüber geändert werden. Der Autor hat aber die Erfahrung gemacht, daß in diesen Fällen eine gute Zusammenarbeit zwischen Kieferorthopäde und Eltern nicht möglich war.

In Bezug auf die Theorie von BALDWIN und BARNES (1966), nach der die Mutter die Hauptrolle bei der Entscheidung für die Aufnahme der Therapie spielt, führten ALLAN und HODGSON (1968) eine Untersuchung bei 30 Patienten (13 Jungen und 17 Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren) und deren Müttern durch, um sowohl den Einfluß des elterlichen Erziehungsverhaltens als auch der Persönlichkeitsfaktoren der Heranwachsenden auf die Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung zu erforschen. Als Testmaterial verwendeten sie den Maryland Parent Attitude Survey (MPAS) von

PUMROY und die Adjective Check List (ACL) von GOUGH. Die Ergebnisse besaßen jedoch keinerlei Aussagekraft.

Mit dem Einfluß des sozioökonomischen Status der Eltern auf die kieferorthopädische Behandlung befaßten sich mehrere Autoren.

ARNOLD (1966) fand Unterschiede in der Kooperationsbereitschaft seiner Patienten in Abhängigkeit vom familiären Milieu. Im sozial hohen Milieu war der Kontakt zwischen Eltern und Kind schlechter als in der Mittelschicht oder in "ganz bescheidenen Verhältnissen". Von den 25 besonders schwierigen, schlecht mitarbeitenden Patienten in ARNOLDS Untersuchung kamen 13 Kinder aus Akademikerfamilien.

ERPENSTEIN (1965) untersuchte die Kooperationsbereitschaft von 520 Patienten, unterteilt in vier Gruppen nach den väterlichen Berufen. Die Einteilung ergab 169 Selbstständige, 161 Arbeiter, 117 Angestellte und 73 Beamte. Die Kinder der Angestellten und Beamten zeigten eine größere Bereitschaft zur Mitarbeit als die Kinder der Angehörigen anderer Berufsgruppen.

BRÜCKNER (1965) hingegen konnte keine unterschiedliche Kooperationsbereitschaft in Zusammenhang mit der beruflichen Schichtung der Väter feststellen.

3 EIGENE UNTERSUCHUNGEN
3.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

In der vorliegenden Untersuchung soll der Einfluß des elterlichen Erziehungsstils auf die Motivation zur Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung von Patienten verschiedenen Alters ermittelt werden.

Probanden waren 81 Patienten der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Mainz. Das mittlere Behandlungsalter betrug 13,2 Jahre ($s=1,8$), die mittlere Behandlungsdauer bis zum Untersuchungszeitpunkt 25,5 Monate ($s=1,76$). Anhand der Tabelle 1, aus der die genaue Altersverteilung der Patienten ersichtlich ist, kann festgestellt werden, daß der Großteil der Patienten zwischen 10 und 16 Jahren alt war. Die 14jährigen waren am stärksten repräsentiert.

Von den Probanden waren 51,3% weiblichen und 48,7% männlichen Geschlechts. Zum Zeitpunkt der Untersuchung trugen 24 Patienten funktionskieferorthopädische Geräte, 33 Patienten Plattenapparaturen, 3 Patienten wurden mit Headgear und 27 Patienten mit festsitzenden Apparaturen behandelt. Nach ihrer Bereitschaft zur Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung wurden die Jungen und Mädchen von ihren behandelnden Kieferorthopäden anhand der Notenskala eins bis sechs beurteilt, und anschließend in zwei Gruppen eingeteilt:

1. Gruppe gute Mitarbeiter: 45 Patienten
(Note eins)
2. Gruppe schlechte Mitarbeiter: 36 Patienten
(Note vier und schlechter)

Um den Probanden ein hohes Maß an Konzentration zu ermöglichen wurden die Fragebögen des ESI-Tests den Probanden in einem separaten Raum der Universitätsklinik vorgelegt. Auf Wunsch einiger Eltern erfolgte die Testbeantwortung in deren Haus, wobei ebenso auf eine ruhige und nicht durch Zuhörer beeinträchtigte Atmosphäre geachtet wurde.

Tab. 1:

Altersverteilung der Patienten

Alter	absolute Häufigkeit	relative Wahrschein- lichkeit (o.f.W.)*	kumulierte Wahrschein- lichkeit
bis 10 Jahre	3	3.8	3.8
" 11 "	11	13.8	17.5
" 12 "	16	20.0	37.5
" 13 "	12	15.0	52.5
" 14 "	18	22.5	75.0
" 15 "	8	10.0	85.0
" 16 "	10	12.5	97.5
" 17 "	2	2.5	100.0
fehlende Werte	1	1.2	

* ohne fehlende Werte

3.2 BESCHREIBUNG DES UNTERSUCHUNGSVERFAHRENS

3.2.1 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Bei der vorliegenden Arbeit zugrundeliegenden Erziehungsstil - Inventar - Test (ESI) handelt es sich um ein "theoretisch begründetes a priori - Modell elterlicher Erziehungswirkung", in dem "der Einfluß der elterlichen Erziehung auf die Entwicklung von Ängstlichkeit und persönlichkeitspezifischen Formen der Angst- und Streßbewältigung beim Erzogenen thematisiert wird" (KROHNE 1980).

Das Modell geht, im Gegensatz zu anderen Ansätzen innerhalb der Erziehungsstilforschung, zunächst von den Persönlichkeitsmerkmalen Ängstlichkeit und Angstabwehr aus, mit dem Ziel, deren Entstehungsbedingungen durch theoretische Überlegungen zu bestimmen.

Bei der Konstruktion des Modells diente die "kognitive soziale Lerntheorie", die vor allem von MISCHEL (1973) und von BANDURA (1977, 1982) erforscht wurde, als Grundlage. Dementsprechend werden als 'kognitive Faktoren' Kompetenz- und Konsequenzerwartungen bei dem vorliegenden Modell in den Mittelpunkt der Theoriebildung gestellt, auf die die Persönlichkeitsmerkmale Ängstlichkeit und Angstabwehr in Belastungssituationen bezogen werden.

Unter Kompetenzerwartung in einer Problemsituation ist die Erwartung der Person "auf ihre spezifischen Verhaltensmöglichkeiten", unter Konsequenzerwartung die Erwartung auf "die Ergebnisse von Handlungen" zu verstehen (KROHNE 1980).

Das Modell basiert ferner auf der Annahme, daß die Erfahrungen innerhalb der Familie ausschlaggebend für die Entwicklung dauerhafter Kompetenz- und Konsequenzerwartungen sind.

Um den persönlichen Stil der Angstbewältigung und die Manifestation der Angst prädictieren zu können, werden sechs verschiedene Erziehungsstildimensionen verwendet.

3.2.2 TESTAUFBAU

Bei den sechs Erziehungsstildimensionen handelt es sich um Lob (LS), Tadel (TS), Rückmeldungsinkonsistenz (IK), Unterstützung (US), Einschränkung (ES) und Strafintensität (SI). Die Skalen LS, TS, US und ES setzen sich aus je 20 Items, die Skala IK aus 15 Items zusammen. Die Items sind so konstruiert, daß die Erzeugenen das Erziehungsverhalten der Eltern aus ihrer Sicht beurteilen sollen. Die Fragebögen für Mädchen und Jungen sowie für die aus ihrer Sicht zu beurteilenden Mütter und Väter enthalten identische Items. Zu jedem Item gehört eine vierstufige Antwortskala (sehr selten - manchmal - oft - sehr oft), in der die Testpersonen angeben sollen, wie häufig das entsprechende Verhalten eintritt. Die Strafintensität der Eltern wird anhand von fünf erziehungsproblematischen Fällen in einer Reaktionsskala von sechs Antwortmöglichkeiten erfragt.

3.2.3 TESTAUSWERTUNG

Die Auswertung erfolgte anhand des dazugehörigen Auswerteformulars (siehe Anhang), bei dem die Antworten zu den einzelnen Items unter den bereits oben erwähnten Gesichtspunkten (LS, TS, IK, US, ES und SI) zusammengefaßt wurden. Die Antwort "sehr selten" wurde mit einem Punkt, "manchmal" mit zwei Punkten, "oft" mit drei Punkten und "sehr oft" mit vier Punkten bewertet. Im Anschluß wurden die Punkte der jeweiligen Skalen addiert und die Mittelwerte gebildet. (siehe Tab. 2 und 3)

3.2.4 STATISTISCHE BEARBEITUNG

Die Mittelwertsunterschiede der Gruppen in den genannten Dimensionen wurden mit dem t - Test für unabhängige Stichproben auf Signifikanz hin überprüft.

Als Signifikanzniveau wurde $p \leq 0.05$ festgelegt.

3.3 UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Tab. 2:
perzipierter Erziehungsstil der Mutter, Unterschiedsprüfung gute vs schlechte
Mitarbeiter

Variable	gute Mitarbeiter		schlechte Mitarbeiter		t	p
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung		
LS	47.49	9.06	48.28	7.86	-0.39	0.70
TS	30.62	7.26	32.31	7.89	-0.94	0.35
IK	42.46	7.90	39.84	7.55	1.42	0.16
US	24.13	5.96	24.44	4.24	-0.25	0.81
ES	22.49	5.16	23.41	5.39	-0.73	0.47
SI	65.56	17.14	64.81	21.90	0.16	0.87

Tab. 3:
perzipierter Erziehungsstil des Vaters, Unterschiedsprüfung gute vs schlechte
Mitarbeiter

Variable	gute Mitarbeiter		schlechte Mitarbeiter		t	p
	Mittelwert	Standard- abweichung	Mittelwert	Standard- abweichung		
LS	46.58	8.71	44.24	8.71	1.11	0.27
TS	30.74	8.79	30.59	7.21	0.08	0.94
IK	41.40	7.53	38.55	7.68	1.56	0.12
US	21.91	5.70	22.90	5.33	-0.74	0.46
ES	22.77	6.69	22.10	5.80	0.44	0.67
SI	59.71	21.03	66.57	18.89	-1.39	0.17

Bei der Auswertung zeigte sich, daß bei den sechs untersuchten Variablen die p - Werte deutlich über dem Signifikanzniveau lagen. So ergab sich bei dem kindperzipierten Erziehungsstil der Mutter für die Variable Lob (LS) ein p - Wert von 0.70, für Tadel (TS) 0.35, für Rückmeldungsinkonsistenz (IK) 0.16, für Unterstützung (US) 0.81, für Einschränkung (ES) 0.47 und für Strafintensität (SI) 0.87.

Bei dem Erziehungsstil der Väter lagen die p - Werte wie folgt: Lob (LS) 0.27, Tadel (TS) 0.94, Rückmeldungsinkonsistenz (IK) 0.12, Unterstützung (US) 0.46, Einschränkung (ES) 0.67 und Strafintensität (SI) 0.17.

Dies bedeutet, daß ein signifikanter Unterschied des erzieherischen Verhaltens der Mütter und Väter von als gut oder schlecht eingestuften Mitarbeitern nicht feststellbar war.

Das Ziel der Arbeit bestand darin, einen möglichen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsstil und der Motivation der Kinder zur Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung zu untersuchen. Dabei sollte der Erziehungsstil mit dem Erziehungsstil - Inventar - Test (ESI) nach KROHNE erfaßt werden. Es zeigte sich, daß sich in den im Test enthaltenen Dimensionen gut und schlecht mitarbeitende Patienten nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Die schon von FLEISCHER-PETERS (1982) geäußerte Annahme, daß die Motivation und die Mitarbeit der Kinder bei der kieferorthopädischen Therapie von dem Erziehungsverhalten der Eltern abhängen, konnte also mit dem ESI - Test nicht nachgewiesen werden.

Dabei hätten auch die Erziehungsstilanalysen von RUPPERT (1976), die zeigten, daß eine "ermutigende Erziehung" (lobend, unterstützend und konsistent) zu einem ausdauernden, verständigen und leistungsbereiten Verhalten des Kindes führt, und die "entmutigende Erziehung" (tadelnd, einschränkend und häufig strafend) das Gegenteil bewirkt, eine derartige Annahme nahegelegt.

Wie ist nun dieses negative Ergebnis zu deuten? Man könnte drei Faktoren annehmen, die einzeln oder gemeinsam für das Ergebnis verantwortlich sein könnten.

1. Es gibt keinen Einfluß des Erziehungsverhaltens der Eltern auf die Mitarbeit der Kinder in der kieferorthopädischen Behandlung.

2. Der hier verwendete Test ist nicht in der Lage, das Erziehungsverhalten hinreichend genau zu erfassen, bzw. jene Dimensionen zu erfassen, die für die Mitarbeit relevant sind.

3. Die Behandler konnten die tatsächliche Mitarbeit der Patienten nicht gut genug einschätzen und ließen sich dabei von unterschiedlichen Kriterien leiten.

Die eingangs gestellte Frage muß also weiterhin als unbeantwortet gelten. Zu ihrer Klärung müssen weitere Untersuchungen mit verbesserten Methoden angestellt werden.

Die vorliegende Arbeit verfolgte das Ziel, den Einfluß des elterlichen Erziehungsstils auf die Kooperationsbereitschaft der heranwachsenden Patienten in der kieferorthopädischen Behandlung zu untersuchen.

Anhand der einschlägigen Literatur erfolgte eine Vorstellung verschiedener Erziehungsstiltheorien, der Motivationsproblematik unter besonderer Berücksichtigung des zahnärztlich-kieferorthopädischen Bereichs, sowie determinierender Faktoren der Patientenmitarbeit.

Mit Hilfe des Erziehungsstil - Inventar -Tests (ESI) nach KROHNE wurde versucht, einen Zusammenhang zwischen elterlichem Erziehungsstil und der Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung festzustellen. Probanden waren 81 Patienten der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universitätsklinik Mainz mit einem durchschnittlichen Behandlungsalter von 13,2 Jahren, die von ihren behandelnden Kieferorthopäden als gute oder schlechte Mitarbeiter eingestuft worden waren.

Es ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen auf den zwölf Skalen des ESI.

1. ALLAN, T.K., HODGSON, E.W.
The use of personality measurements as determinant of patient cooperation in an orthodontic practice
Am. J. Orthod. 54, 433-440 (1968)
2. ANTONOWSKY, A., KATS, R.
The Model Dental Patient
Soc. Sci. Med. 4, 367-380 (1970)
3. ARNOLD, W.H.
Der kieferorthopädische Erfolg in seiner Abhängigkeit vom Patienten und von Umweltfaktoren
Zahnärztl. Welt 67, 264-266 (1966)
4. ARNOLD, W.H.
Zur Frage des orthodontischen Behandlungserfolges - I. Teil
Zahnärztl. Welt/Reform 85 (15) 681-684 (1976)
5. BALDWIN, D.C., BARNES, M.L.
Pattern of motivation in families seeking orthodontic treatment
(I.A.D.R. abstracts). J. Dent. Res. 45, 142 (1966)
6. BANDURA, A.
Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change
Psychol. Rev. 84, 191-215 (1977)

7. BANDURA, A.
Self-efficacy mechanisms in human agency.
Am. Psycholog. 37, 122-147 (1982)
8. BECKER, M.H., MAIMAN, L.A.
Sociobehavioral determinants of compliance
with health and medical care recommendations
Med. Care 8, 10-24 (1975)
9. BERNSTEIN, B.
Sprache und Lernen im Sozialprozeß
in: FLITNER, A., SCHEUERL, H. Einführung in
pädagogisches Sehen und Denken. Piper, München
1967, S. 254-258
10. BROEKMAN, R.W.
Die Mitwirkung der Patienten bei kieferortho-
pädischen Behandlungen
Fortschr. Kieferorthop. 28, 413-418 (1967)
11. BRÜCKNER, C.
Die Prognose kieferorthopädischer Behandlung
in Abhängigkeit von Patient und Umwelt
Med. Diss. Mainz (1965)
12. CLEMMER, E.J., HAYES, E.W.
Patient cooperation in wearing orthodontic
headgear
Am. J. Orthod. 75, 517-524 (1979)
13. CRAWFORD, T.P.
A Multiple Regression Analysis of Patient
Cooperation During Orthodontic Treatment
Am. J. Orthod. 65, 436-437 (1974)

14. DAUSCH-NEUMANN, D.
Die Einstellung des Kindes zu seiner kiefer-
orthopädischen Plattenapparatur
Fortschr. Kieferorthop. 28, 91-101 (1967)
15. DAUSCH-NEUMANN, D.
Die Motivation unserer kieferorthopädischen
Patienten
Fortschr. Kieferorthop. 43, 29-37 (1982)
16. DEMISCH, A.
Der Zeitfaktor in der Kieferorthopädie
Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 75, 874-883 (1965)
17. Dolch, J.
Grundbegriffe der pädagogischen Fachsprache,
3. Aufl. Ehrenwirth, München 1960, S. 58-59
18. McDONALD, F.T.
The influence of age on orthodontic patient
cooperation
Dent. Abstr. 18, 52 (1973)
19. DORSCH, F.
Psychologisches Wörterbuch
9. Aufl. Hans Huber, Bern 1976, S. 378-382,
S.667
20. EL-MANGOURY, N.H.
Orthodontic cooperation
Am. J. Orthod. 80, 604-622 (1981)

21. ERPENSTEIN, A.
Die berufliche Schichtung der Eltern unserer
kieferorthopädischen Patienten
Dtsch. Zahnärztebl. 16, 6-7 (1965)
22. FLEISCHER-PETERS, A.
Der Patient, insbesondere das Kind, und seine
Probleme bei der kieferorthopädischen Behand-
lung
Fortschr. Kieferorthop. 43, 3-7 (1982)
23. FREEMAN, H.E., LAMBERT, C.
Preventive Dental Behavior of Urban Mothers
J. Health Hum. Behav. 6, 141-147 (1965)
24. GABRIEL, H.F.
Psychology of the use of the headgear
Angle Orthod. 35, 320-325 (1965)
25. GRAF, H., EHMER, U.
Die Mitarbeit der Patienten bei kieferortho-
pädischen Behandlungen
Fortschr. Kieferorthop. 31, 393-403 (1970)
26. GRIMM, S.
Die Bildungsabstinenz der Arbeiterschaft
Springer, Berlin-Heidelberg 1966, S. 34
27. HATTEMER, W.N.
Zur Wahl des Behandlungsbeginns in der Kiefer-
orthopädie
Zahnärztl. Prax. 14, 253-255 (1963)

28. HECKHAUSEN, H.
Motivation und Handeln: Lehrbuch der Motivationspsychologie
Springer, Berlin-Heidelberg 1980, S. 23-30
29. HERREN, P., BAUMANN, H., DEMISCH, A., BERG, R.
Der Lehrerfragebogen - ein Mittel zur Erfassung psychologischer Faktoren in der kieferorthopädischen Diagnostik
Fortschr. Kieferorthop. 27, 160-176 (1966)
30. HITPAß, J.
Einstellungen der Industriearbeiterschaft zur höheren Bildung.
Ratingen 1965, S.69
31. JAKOBSON, A.
Psychology and early orthodontic treatment
Am. J. Orthod. 76, 511-529 (1979)
32. KIRCHNER, L.
Zum Problem der Einflüsse des häuslichen und außerhäuslichen Milieus auf den kieferorthopädischen Behandlungserfolg
Fortschr. Kieferorthop. 18, 168-176 (1957)
33. KÖHLER, L., HOLST, K.
Dental health of four-year-old children
Acta Paediatr. Scand. 62, 269-278 (1973)
34. KRIESBERG, L., TREIMAN, B.R.
Socio-Economic Status and the Utilization of Dentists' Services
J. Am. Coll. Dent. 27, 147-165 (1960)

35. KROHNE, H.W., ROGNER, J., SCHAFFNER, P.
Erziehungsstilskalen zur Überprüfung des Zwei-
Prozeß - Modells elterlicher Erziehungswir-
kungen
Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und
Pädagogische Psychologie, XII, 3, 233-254
(1980)
36. MAJ, G., BOREA, G., BELLETTI, M.F.
Differentielle Aspekte des Verhaltens von
Kindern bei kieferorthopädischer Behandlung
Dtsch. zahnärztl. Z. 18, 45-56 (1963)
37. MAJ, G., SQUARZONI GRILLI, A.T., BELLETTI, M.
Psychologische Untersuchungen des in kiefer-
orthopädischer Behandlung stehenden Kindes
Fortschr. Kieferorthop. 28, 102-107 (1967)
38. MISCHEL, W.
Toward a cognitiv social learning reconcept-
ualisation of personality
Psychol. Rev. 80, 252-283 (1973)
39. OERTER, R.
Moderne Entwicklungspsychologie 18. Aufl.,
Ludwig Auer, Donauwörth 1980, S. 98-107
40. RAYNER, J.F.
Socioeconomic status and factors influencing
the dental health practices of mothers
Am. J. Public Health 60, 1250-1259 (1970)

41. RÖHRS, H.
Die Schule und ihre Reform in der gegenwärtigen Gesellschaft
Quelle & Meyer, Heidelberg 1962, S. 185
42. ROSEN, B.C.
The achievement syndrome
Am. Sociol. Rev., 203 (1956)
43. RUPPERT, J.P.
Erziehungsstile
in: GERNER, B. Erziehungsstile und Lehrer-
verhalten. Wissenschaftliche Bundesgesell-
schaft, Darmstadt 1976, S. 104-124
44. SARLL, D.W.
Patient co-operation in orthodontic treatment
Brit. dent. J. 136, 117-118 (1974)
45. SCHALLER, K., GRÄBENITZ, H.
Auctoritas und Potestas
Leibniz, Hamburg 1968, S. 98-136
46. SHAW, W.C.
Factors influencing the desire for orthodontic
treatment
Eur. J. Orthod. 3, 151-162 (1981)
47. SPRANGER, E.
Grundstile der Erziehung
in: GERNER, B. Erziehungsstile und Lehrer-
verhalten. Wissenschaftliche Bundesgesell-
schaft, Darmstadt 1976, S. 1-28

48. STRICKER, G.
Psychological issues pertaining to malocclusion
Am. J. Orthod. 58, 276-282 (1970)
49. WEBER, E.
Erziehungsstile
7. Aufl., Ludwig Auer, Donauwörth, 1970, S. 33,
S. 133-240
50. WEINSTOCK, H.
Selbstbewußte und schuldbewußte Erziehung
Neue Deutsche Hefte 1, 417-429 (1954/55)
51. WEISS, J., EISER, H.M.
Psychological timing of orthodontic treatment
Am. J. Orthod. 72, 198-204 (1977)
52. WINGERATH, H.D., LANGE, D.E.
Mundhygieneverhalten von 14- und 15jährigen
Schülern unter soziologischen Gesichtspunkten
Dtsch. Zahnärztl. Z. 37, 565-568 (1982)

7 ANHANG
7.1 ESI - TESTBOGEN

Anleitung: Auf diesen Seiten findest Du einige Sätze. Diese Sätze beschreiben, was fast alle Kinder hin und wieder machen, obwohl es den Eltern nicht gefällt. Stell Dir nun einmal vor, wie Dein Vater darauf reagieren würde.

Bitte lies zu jedem Satz erst alle Antworten durch und mache ein Kreuz vor die Antwort, die am besten beschreibt, wie Dein Vater reagieren würde. Für jeden Satz nur eine Antwort ankreuzen! Falls Dein Vater anders reagieren würde, wähle bitte die Antwort, die dem Verhalten Deines Vaters am nächsten kommt.

1. Wenn ich meine Pflichten nicht erfülle...

- ☐ nimmt er es mir nicht übel
- ☐ zeigt er mir, das ich ihm Kummer gemacht habe
- ☐ schimpft er mit mir
- ☐ verbietet er mir meine Lieblingsbeschäftigung (z.B. Fernsehen, Fußball)
- ☐ schlägt er mich

2. Wenn ich freche Antworten gebe...

- ☐ nimmt er es mir nicht übel
- ☐ zeigt er mir, daß ich ihm Kummer gemacht habe
- ☐ schimpft er mit mir
- ☐ verbietet er mir meine Lieblingsbeschäftigung (z.B. Fernsehen, Fußball)
- ☐ gibt er mir Stubensrrest
- ☐ schlägt er mich

3. Wenn er hört, daß andere Kinder in der Schule besser stehen als ich...

0 nimmt er es mir nicht übel

0 zeigt er mir, daß ich ihm Kummer gemacht habe

0 schimpft er mit mir

0 verbietet er mir meine Lieblingsbeschäftigung (z.B. Fernsehen, Fußball)

0 gibt er mir Stubenarrest

0 schlägt er mich

4. Wenn ich mein Zimmer unordentlich zurücklasse..

0 nimmt er es mir nicht übel

0 zeigt er mir, daß ich ihm Kummer gemacht habe

0 schimpft er mit mir

verbietet er mir meine Lieblingsbeschäftigung (z.B. Fernsehen, Fußball)

0 gibt er mir Stubenarrest

0 schlägt er mich

5. Wenn ich nicht pünktlich nach Hause komme...

0 nimmt er es mir nicht übel

0 zeigt er mir, daß ich ihm Kummer gemacht habe

0 schimpft er mit mir

0 verbietet er mir meine Lieblingsbeschäftigung (z.B. Fernsehen, Fußball)

0 gibt er mir Stubenarrest

0 schlägt er mich

Anleitung: Auf den folgenden Seiten findest Du eine Reihe von Sätzen, die beschreiben, wie Dein Vater zu Dir sein könnte. Bitte lies jeden Satz durch und wähle aus den vier Antworten diejenige aus, die auf Deinen Vater zutrifft. Beantworte nun alle Fragen der Reihe nach. Denk daran: Du sollst angeben, wie Dein Vater (nicht Du) in jeder dieser Situationen handeln würde.

1. Mein Vater zeigt mit, wie Dinge funktionieren, mit denen ich umgehen möchte.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

2. Wenn ich alleine zu Hause bleiben muß, zählt mein Vater mir alles auf, was ich nicht tun darf.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

3. Wenn Besuch kommt, schickt mein Vater mich aus dem Zimmer.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

4. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich mich bei einer Sache dumm anstelle.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

5. Es hängt von der Laune meines Vaters ab, ob ich für ein bestimmtes Fehlverhalten (z.B. wenn ich die Schularbeiten schlampig gemacht habe), von ihm getadelt werde oder nicht.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

6. Es kommt vor, daß mein Vater mir eine Belohnung verspricht und diese dann wieder vergißt.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
7. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich Widerworte gebe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
8. Mein Vater hat Verständnis dafür, wenn ich eine andere Meinung habe als er.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
9. Wenn ich meinem Vater helfe und dabei etwas falsch mache, schickt er mich weg.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
10. Mein Vater freut sich, wenn ich freiwillig für die Schule übe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
11. Ich werde von meinem Vater getadelte, ohne daß ich genau weiß, wofür.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
12. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich etwas Dummes sage.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
13. Mein Vater bestimmt, was ich zu essen habe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

14. Mein Vater freut sich, wenn ich zu anderen Leuten höflich bin.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
15. Wenn ich eine eigene Meinung habe, sagt mein Vater, ich könnte in meinem Alter noch gar nicht mitreden.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
16. Wenn eine wichtige Entscheidung ansteht (z.B. Urlaubsreise), hört mein Vater sich auch meine Meinung an.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
17. Wenn ich mit meinem Vater herumspiele und ihn necke, passiert es, daß aus "Spaß" plötzlich "Ernst" wird, und er ärgerlich wird.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
18. Mein Vater freut sich, wenn ich mir zu Weihnachten oder zum Geburtstag etwas Nützliches wünsche.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
19. Mein Vater hört sich meine Meinung genauso wie die eines Erwachsenen an.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
20. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich mein Zimmer unordentlich zurücklasse.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

21. Mein Vater schimpft mit mir, wenn ich es gar nicht erwarte.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
22. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich meine Pflichten nicht erfülle.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
23. Mein Vater sagt mir, wenn es etwas Interessantes im Fernsehen gibt.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
24. Mein Vater sagt mir, daß ich zwei "linke Hände" hätte.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
25. Mein Vater freut sich, wenn ich einen Teil meines Taschengeldes spare.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
26. Wenn ich mal Widerworte oder eine freche Antwort gebe, weiß ich nicht, wie mein Vater reagiert.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
27. Mein Vater wird ärgerlich, wenn mein Zeugnis schlecht ausgefallen ist.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
28. Wenn ich meinem Vater helfe und dabei etwas falsch mache, erklärt er mir, wie es richtig gemacht wird.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

29. Mein Vater sagt, daß er in meinem Alter in
der Schule besser gewesen sei als ich.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
30. Mein Vater freut sich, wenn ich schon
abends meine Schultasche packe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
31. Mein Vater freut sich, wenn ich von mir
aus frage, ob ich helfen kann.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
32. Mein Vater überprüft abends (oder morgens),
ob ich mich gründlich gewaschen habe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
33. Mein Vater läßt mich bei Dingen mitmachen,
für die er sich interessiert.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
34. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich nicht
pünktlich nach Hause komme.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
35. Mein Vater verspricht, mir etwas mitzu-
bringen, und macht es dann doch nicht.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
36. Mein Vater freut sich, wenn ich allein
mit meinen Hausaufgaben zurechtkomme.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

37. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich in
Klassenarbeiten schlecht abschneide.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
38. Mein Vater läßt sich lange Zeit nicht an-
merken, daß ihn etwas ärgert, wird dann
aber plötzlich richtig wütend.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
39. Ich bin von meinem Vater ohne Grund
bestraft worden.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
40. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich nicht
fleißig genug bin.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
41. Wenn mein Vater Zeit hat, spielt er mit mir.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
42. Mein Vater sagt, daß ich zu nichts zu
gebrauchen sei.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
43. Mein Vater freut sich, wenn ich gleich
nach der Schule meine Hausaufgaben mache.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
44. Ich habe das Gefühl, daß ich es meinem Vater
eigentlich doch nicht recht machen kann.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

45. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich in
einem Fach nicht mitkomme.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
46. Mein Vater gibt mir Dinge, die ihm gehören,
wenn ich etwas mit ihnen machen will.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
47. Wenn ich mich langweile, sagt mein Vater,
daß ich mit mir allein nichts anzufangen
wisse.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
48. Mein Vater freut sich, wenn ich meine
Schuhe putze.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
49. Mein Vater freut sich, wenn ich ohne Wider-
worte gehorche.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
50. Mein Vater achtet darauf, ob ich richtig
angezogen bin, wenn ich zu einer Feier gehe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
51. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich so
trödele, daß ich wahrscheinlich zu spät
zum Unterricht komme.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
52. Mein Vater ist in einer Stimmung, daß
man nicht genau weiß, ob es nicht gleich
"was setzt".
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

53. Wenn ich abenteuerliche Geschichten erzähle,
geht mein Vater darauf ein.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
54. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich zu
spät aus der Schule wiederkomme.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
55. Ich bin unsicher, ob mein Vater mit meinen
Noten zufrieden ist.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
56. Wenn ich etwas "angestellt" habe, so habe
ich lange Zeit ein ungutes Gefühl, weil ich
nicht weiß, ob mein Vater mich dafür noch
bestraft oder nicht.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
57. Mein Vater hat Verständnis dafür, wenn
ich im Wohnzimmer etwas machen will.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
58. Mein Vater freut sich, wenn ich mit meinen
Geschwistern oder Freunden etwas teile.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
59. Mein Vater verbietet mir Dinge, ohne daß
ich weiß, warum.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
60. Mein Vater freut sich, wenn ich für ihn
Besorgungen gemacht habe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

61. Mein Vater freut sich, wenn ich bei einer Arbeit geholfen habe.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
62. Wenn Kleidung für mich gekauft wird, bestimmt mein Vater, was gekauft wird.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
63. Wenn ich mich langweile, schlägt mein Vater mir vor, was ich tun könnte.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
64. Mein Vater reagiert auf gleiche Noten, die ich in Klassenarbeiten (z.B. in Deutsch) geschrieben habe, unterschiedlich.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
65. Mein Vater wird ärgerlich, wenn er erfährt, daß ich ohne Hausaufgaben in die Schule komme.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
66. Wenn ich darüber spreche, was ich einmal werden möchte, hört mein Vater interessiert zu.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
67. Mein Vater freut sich, wenn ich mich beim Essen ordentlich benehme.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft
68. Mein Vater sagt mir, daß ich manche Dinge (z.B. bessere Zeugniszensuren) nie schaffen werde.
0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

69. Mein Vater erklärt mir, warum er mir etwas verbietet.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

70. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich Türen laut zuschlage.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

71. Es passiert, daß mein Vater etwas ankündigt (z.B. einen Familienausflug, Zoobesuch) und es dann doch ins Wasser fällt.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

72. Mein Vater wird ärgerlich, wenn ich freche Antworten gebe.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

73. Wenn ich es begründen kann, läßt mein Vater zu, daß ich etwas bekomme oder tun kann.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

74. Mein Vater sagt mir, daß ich für bestimmte Dinge, die ich gerne tun möchte, noch zu jung bin.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

75. Mein Vater freut sich, wenn er hört, daß der Lehrer mit meiner Beteiligung am Unterricht zufrieden ist.

0 sehr selten 0 manchmal 0 oft 0 sehr oft

(die Items sind für Vater / Mutter identisch).

7.2 ESI - Auswertung

Nummer: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Lobskala LS

Items 10 14 18 25 30 31 36 43 48 49 58 60 61 67 75 ges. $\bar{x}$ N sN $\emptyset$

Mama

Papa

Tadelskala TS

Items 4 7 12 20 22 27 34 37 40 45 51 54 65 70 72 ges. $\bar{x}$ N sN $\emptyset$

Mama

Papa

Unterstützungsskala US

Items 1 8 16 19 23 28 33 41 46 53 57 63 66 69 73 ges. $\bar{x}$ N sN $\emptyset$

Mama

Papa

Einschränkungsskala ES

Items 2 3 9 13 15 24 29 32 42 47 50 59 62 68 74 ges. $\bar{x}$ N sN $\emptyset$

Mama

Papa

Inkonsistenzskala IS

Items 5 6 11 17 21 26 35 38 39 44 52 55 56 64 71 ges. $\bar{x}$ N sN $\emptyset$

Mama

Papa

Strafintensität/SI-Score

Mama

Papa

z1.....

z1.....

z2.....

z2.....

z3.....

z3.....

z4.....

z4.....

z5.....

z5.....

$\sum z$:5=.....+1=.....·100=_____ $\sum z$:5=.....+1=.....·100=_____

SI-Score: $\bar{x}$ N: sN $\emptyset$ SI-Score: $\bar{x}$ N: sN: $\emptyset$

Herrn Professor Dr. H.-G. Sergl danke ich herzlich für die Überlassung des Themas sowie seine wertvollen Anregungen bei der Erstellung der Arbeit.

Herrn Professor Dr. A. Fessler gilt mein Dank für die Übernahme des zweiten Gutachtens.

LEBENS LAUF

Name : Carla Rauh
Geburtstag : 22. September 1958
Geburtsort : Kronach
Familienstand : ledig

Schulbildung

Sept. 1964 - Juli 1968 : Volksschule Unterrodach
Sept. 1968 - Juni 1978 : Kaspar-Zeuß-Gymnasium
Kronach
29. Juni 1978 : Abitur

Berufsausbildung

26. September 1978 : Immatrikulation an der
Friedrich Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg für die Fächer
Diplom-Chemie und Jura
24. Oktober 1979 : Immatrikulation an der
Johannes Gutenberg-Universität
Mainz für das Fach Zahnmedizin
15. Oktober 1980 : Naturwissenschaftliche Vorprüfung
25. März 1982 : Zahnärztliche Vorprüfung
10. Dezember 1984 : Approbation als Zahnärztin
01. Mai 1985 - : Tätigkeit als Vorbereitungs-
assistentin

Mönchengladbach, im Mai 1987

